

厚生科学研究費補助金

感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業

－免疫・アレルギー部門－

平成12年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 西林保朗

平成13(2001)年4月

## 目 次

I. 総括研究報告書	
リウマチ医療における集学的医療供給体制の現状評価とその改善に関する研究	1
西林保朗	
II. 分担研究報告	
1. 慢性関節リウマチの症状、障害の進展予防に関する研究	11
永野 純	
2. 北海道オホーツク地区におけるリウマチ外来治療の現状に関する研究	14
種市幸二	
3. 盛岡地区のリウマチ医療の分析、介護保険の状況	16
力丸 暁	
4. 東京地区におけるリウマチ医療の現状分析	21
齋藤輝信	
5. 慢性関節リウマチ診療における連携医療の在り方に関する研究	27
當間重人	
6. リウマチ患者の早期診断、早期治療の実態および経済調査	30
長岡章平	
7. 新たなリウマチ医療提供体制構築のための地域リウマチ専門病院の役割と現状	34
村澤 章	
8. 二次医療圏リウマチセンターへ向かって	
ーリウマチ医療におけるリハビリテーション（リハ）治療システムの構築	36
勝部定信	
9. 慢性関節リウマチ患者における介護保険利用の現状と問題点に関する研究	37
浅井富明	
10. 慢性関節リウマチ患者と心理（第二報）慢性関節リウマチにみられた抑鬱傾向に関する研究	39
行岡正雄	
11. リウマチ専門病院へのリウマチ患者の通院状況	
ー通院を中止したリウマチ患者の追跡とサテライト・クリニックの現状と問題点	41
高杉 潔	
12. 全国のリウマチ専門医療機関の現状調査とリウマチ医療提供体制の改革案による	
二次医療圏センター、都道府県センターの検討に関する研究	45
松田剛正	
III. 研究成果の刊行に関する一覧表	49
IV. 研究成果の刊行物・別冊	
1. 在宅慢性関節リウマチ患者の実態に関する研究	
ーリウマチ病外来通院を中止した患者の現状調査	50
久保仁志 西林保朗 居村茂明 佐浦隆一	
2. 地域における慢性関節リウマチの医療システム	67
西林保朗	
3. 疾病親和的パーソナリティー特性評価のための自記式質問票開発の試み	
ー質問項目の作成過程と内容妥当性について	83
永野 純 須藤信行	

厚生科学研究費補助金（感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業－免疫・アレルギー部門－）

## 総括研究報告書

リウマチ医療における集学的医療供給体制の現状評価とその改善に関する研究

主任研究者 西林保朗 三木山陽病院副院長

**研究要旨** 50～70万人に達すると考えられている慢性関節リウマチ（リウマチ）患者に効率よく適正医療を供給するために、平成9年に提出された公衆衛生審議会成人病難病対策部会リウマチ対策専門委員会の答申「今後のリウマチ対策について」（中間報告）を受けて、日本リウマチ学会、日本整形外科学会及び日本リウマチ財団の代表による私的検討委員会が平成10年に「リウマチ医療提供体制の改革案」を提唱した（図）。我々の研究は、リウマチ医療の現状を分析し、その問題点を明らかにすることにより、先の答申や改革案を具現化するにはどのような方策を講じればよいのかを提言することを目的としている。3年の研究期間の第2年度に当たる平成12年度の研究で次のような結果がえられた。

早期診断と早期からの抗リウマチ薬による治療が良好な長期予後につながることが判明したが、多くの患者は初めに整形外科の開業医を訪れ、確定診断までに複数の医療機関を受診している。診断が確定すると、大多数の患者が専門病院に集中する傾向があり、遠方から人的、時間的、経済的負担を強いられながら通院している。病勢のコントロール困難な患者や専門的な手術やリハビリテーション（リハビリ）を必要とする患者が専門施設を利用すべきであり、リウマチ医療における病診連携を積極的に推進しなければならないが、診療所サイドに消極的な意見が多い。専門医の偏在を解消する目的で試みられている、専門医を派遣して外来診療を行うサテライトクリニックはそれなりの成果を収めており、取り入れられてよい方策と考えるが、遠方の場合、患者急変時における後送病院との連携に問題の生じる危険性が残る。リウマチ専門教育を受けた開業医との病診連携は良好に行われているので、リウマチ教育の充実が望まれるが、早急にリウマチの診断と治療に関する実用的なガイドラインを提示する必要がある。

リウマチ医療においても在宅医療の推進と介護保険制度の利用は順調に推移しているが、介護保険制度の主治医意見書の記載を入院時の主治医に依頼することが非常に多い現状から、保健・医療・福祉及び病診連携が必ずしも適切に行われていないことが想像される。また適正に判定された要介護度であるにもかかわらず、十分に利用していないものが多い。医療費の自己負担のシステムと、全て1割負担の違いによる経済的負担増が影響している。サービスの不均一や短い更新期間にも不満が多い。

リウマチセンターに関する調査で、都道府県センター以上のセンターを目指す施設の母体は大学病院と総合病院を中心とする公的病院に多く、二次医療圏センターは民間病院に多く、当を得ていると考えられたが、リウマチに割り当てられたベッドは非常に少なく、改革案に示された施設基準と人員配備をクリアする施設は皆無であった。新患の紹介率は50%弱と高率であるが、病診連携を行っている施設は非常に少なく15%以下であった。また30%に相当する14都道府県ではいずれのセンターをも目指す施設がなく問題である。

リウマチ患者のおよそ40%のものにうつ傾向がみられ、抗うつ薬の処方改善傾向のみられることも判明した。リウマチ医療における抗うつ対策の重要性を示唆するものである。リウマチ患者に適したQOL調査票が完成し、1,000人規模の調査を開始したのでその成果が期待される。

#### 分担研究者

永野 純	九州大学健康科学センター講師
種市幸二	北見赤十字病院部長
力丸 暘	国立療養所盛岡病院院長
齋藤輝信	東京女子医科大学教授
當間重人	国立相模原病院院長
長岡章平	横浜南共済病院部長
村澤 章	新潟県立瀬波病院副院長
勝部定信	中伊豆温泉病院院長
浅井富明	国立名古屋病院院長
行岡正雄	行岡病院院長
高杉 潔	道後温泉病院理事長
松田剛正	鹿児島赤十字病院副院長

#### 研究協力者

古野純典	九州大学大学院教授
守田貴子	九州大学大学院院生
近藤正一	近藤リウマチ整形外科クリニック
阿部修治	甲南病院加古川病院部長

#### A. 研究目的

公衆衛生審議会成人病難病対策部会リウマチ対策専門委員会の答申「今後のリウマチ対策について」（中間報告）を受けて、日本リウマチ学会、日本整形外科学会及び日本リウマチ財団の代表による私的検討委員会が平成10年に「リウマチ医療提供体制の改革案」を提唱した。これはリウマチの日常診療を担当するかかりつけ医、合併症の治療や手術を担当する二次医療圏センター、重篤な合併症や困難な手術を担当する都道府県センター、先端医療や研究を担当するナショナルセンターからなるものである。国立相模原病院がナショナルセンターに指定され、平成12年には「アレルギー・リウマチ臨床研究センター」が設置された。このような状況下でリウマチ医療の現状を評価し、効率のよい医療供給体制を構築するための提言を行うのが我々に課せられた3年間の研究テーマである。

主任研究者がこれまでに行ってきたこの方面での厚生科学研究の結果及び本研究の初年度の研究成果

から、多くのリウマチ患者が少ないリウマチ専門施設に専門的治療を求めて時間と人的、経済的負担を負いながら通院していること、リウマチ専門施設や専門医の不足や偏りがあること、必ずしも適切な医療施設でリウマチ治療を受けていないこと、リウマチ患者にはうつ傾向が見られること、患者に対するリウマチ医療などに関する情報が不足していること、リハビリテーションを目的とする入院施設においても内科的重症合併症に対応する必要があること、介護保険制度下ではリウマチ患者が不利を被りかねないことなどが判明した。その反面、専門病院でのリウマチ医療には満足していること、早期に積極的な抗リウマチ治療を行えば寛解率が上昇すること、リウマチ専門施設や専門医のいない地域でサテライトクリニックを開設すると効果の上がること、リハビリテーション入院目的の専門施設では良好な病診連携がなされていることなども判明した。

研究年度2年目の平成12年度は以上のような研究結果を念頭に置き、病診連携の状況と問題点、二次医療圏レベル、都道府県レベルでのリウマチセンターの現状と問題点、介護保険制度下でのリウマチ患者の状況と問題点をより詳細に分析するとともに、QOL調査票を用いて全施設で調査を開始した。

#### B. 研究方法

以下に掲げる1～3の研究課題を各研究施設の状況を考慮して選択し、独自の方法で研究する。研究課題4は永野研究者から配布された調査票を用いて全施設で患者調査し、永野研究者が回収、分析する。

1. 地域リウマチセンターの患者の状況、リウマチ医療、サテライトクリニックの現状などの調査
2. 全国のリウマチセンターの現状調査
3. リウマチ患者の介護保険利用の現状
4. リウマチの症状、障害の進展予防に関するQOLの調査票を用いた患者調査

（倫理面への配慮）

本研究は適切なリウマチ医療供給体制構築のための基礎研究であり、個人情報保護されること、不利益や危険を被らないことなどを説明し、承諾の得られた患者のみを対象とした。

## C. 研究結果

各施設の研究結果の要点を施設ごとに記す。

### (1) 慢性関節リウマチ患者の介護保険制度の現状と問題点 (甲南病院加古川病院)

全リウマチ患者の約10%に当たる、主治医意見書を記載したリウマチ患者205名を分析した。85%は入院歴があり、入院歴のないものの制度利用は少なかった。認定された要介護度はおおむね適正であった。サービスの利用頻度はホームヘルパー、訪問看護、デイサービス、訪問リハビリの順であり、リウマチの重症度が増すにつれて制度を利用する率が高くなっていったが、部分介助レベルのものに有効で、重度の介護を必要とする患者では費用負担増のため、サービスを利用していないものもいた。

### (2) 慢性関節リウマチの症状、障害の進展予防に関する研究 (九州大学)

リウマチ患者のためのQOL調査票は予備調査で十分な信頼性と妥当性を備えていることが分かった。各種臨床指標とADL尺度、リウマチに特異的なQOL尺度で関連が強かった。臨床的障害、ADL及びQOLと生活習慣、ストレス等との関連を多面的に検討するための横断的調査を開始した。

### (3) 北海道オホーツク地区におけるリウマチ外来治療の現状に関する研究 (北見赤十字病院)

抗リウマチ薬による積極的治療がリウマチ医療の費用と効果の改善をもたらすかを研究した。全患者のうち病勢のコントロールが良好なものは81%であった。全患者の86%で抗リウマチ薬(40%はメトトレキサート)が使用されていた。抗リウマチ薬の有無で病状に差異を認めなかったが、使用群で医療費が高かった。当然、症状の強い患者に抗リウマチ薬を処方しているので、両群間で差を認めなかったことは抗リウマチ薬が奏効したことを示している。すなわち、医療費に見合った効果をあげるには適切な抗リウマチ薬を早期から使用することの重要性を示すものである。

### (4) 盛岡地区のリウマチ医療の分析、介護保険の現状 (国立療養所盛岡病院)

外来通院が困難であるとの意見のものが28.6%に上り、通院時間の長さが問題であることが多かった。しかし、かかりつけ医のいる患者は31.3

%だけであった。リウマチ専門施設と専門医の偏在が原因であるので、国立療養所間でサテライトクリニックを開設したが、運営上の問題が生じ中断した。新たに県立病院に開設したところ推定患者数の80%以上が登録された。公的病院の医師も社会資源として積極的に利用する状況を作り出すべきである。介護保険制度の利用はリウマチ患者にとって有用であるとの結果が得られた。サービス利用で一人住まいも可能であるが、低所得であることが多いリウマチでは自己負担増が問題となる。

### (5) 東京地区におけるリウマチ医療の現状分析 (東京女子医科大学)

2,917名の通院患者のうちコントロール良好なものは65.3%で、全患者の89.1%で抗リウマチ薬が使用されていた。在宅医療が適当と判断されたものは0.45%であった。主診療圏からの通院患者はわずか3.2%で、新宿区の予測患者数の5.5%しか通院していなかった。

### (6) 慢性関節リウマチ診療における連携医療の在り方に関する研究 (国立相模原病院)

現在病診連携を行っている医療機関の分析を行った。紹介された患者の大部分はそのまま通院し続けていた。専門外である、患者が望まない、病診連携の在り方がよく見えない、リハビリ機能がいないなどの理由でリウマチ診療は困難と考える施設が多かった。多くは、厚生省リウマチ調査研究班で作成された「リウマチ診療指針」は利用されておらず、専門医の派遣を希望した。人的ネットワーク、病診共通カルテ、データベースの共有化などの基本システムの構築が必要である。

### (7) リウマチ患者の早期診断、早期治療の実態および経済調査 (横浜南共済病院)

従来から80%前後の患者が整形外科を初診している。最近ではリウマチ専門医が比較的早く確定診断しているものの、発症後3か月以内に確定診断されないものも多く、診断確定までに平均2か所の施設を訪れている。45.5%の患者が実感しているようにリウマチ医療の経済的負担感は大いだが、発症3か月以内に診断され、3か月以内にリウマチ治療を開始すると成績がよいことが明らかとなった。現在でも発症時に訪れる施設としての病院指向性は

低いので、初診開業医、とりわけ整形外科医の果たす役割は重要である。

(8) 新たなリウマチ医療提供体制構築のための地域リウマチ専門病院の役割と現状（新潟県立瀬波病院）

入院状況の変遷をみると重度リウマチ患者が平成1年20%、平成11年43%と倍増しているにもかかわらず、平均在院日数は114日から45日へと激減している。これらは病診連携の重要性を裏付ける数字である。地域リウマチ専門病院が後方支援病院としての役割を担うべきとの観点から、かかりつけ医となる医師の研修、サテライトクリニックの開設、重症患者の入院・在宅指導などを積極的に行うことによって、地域でのリウマチ医療における病診連携が定着しつつある。

(9) 二次医療圏リウマチセンターに向かってーリウマチにおけるリハビリテーション治療システムの構築（中伊豆温泉病院）

短期リハビリ入院は疾患の理解に有用で、自覚的に症状も改善する。長期リハビリ入院による温泉運動浴はQOLとADLとの関連が強い握力と歩行速度が有意に改善する。大多数のものが近隣の施設を希望するので、県より狭い範囲内でリウマチの入院リハビリが受けられる専門施設が望まれる。

(10) 慢性関節リウマチ患者における介護保険利用の現状と問題点に関する研究（国立名古屋病院）

外来受診者の13%が要介護度認定を受けていたが、介護保険制度を利用していたのはその内の66%だけであった。重度障害のあるものでは42%しか利用していなかった。サービスの利用はホームヘルパーが最も多く、次いで訪問看護であった。経済的負担の増加、ヘルパーの能力にばらつきがある、再審査までの期間が短いなどの不満が聞かれた。要介護度認定はほぼ妥当であったが、リウマチでは障害に季節変動や日内変動があるので判定には慎重さが求められる。

(11) 慢性関節リウマチ患者と心理（第二報）慢性関節リウマチにみられたうつ傾向に関する研究（行岡病院）

39%の患者にうつ傾向がみられ、フェイス・ス

ケール及びビジュアル・アナログ・スケールと相関していた。ステロイド使用群でうつ傾向が高かった。うつ傾向はリウマチ患者のQOLの低下を招くものと考えられる。少数例ながら抗うつ薬使用患者にうつの軽減傾向も認められた。

(12) リウマチ専門病院へのリウマチ患者の通院状況ー通院を中止したリウマチ患者の追跡調査とサテライト・クリニックの現状と問題点ー（道後温泉病院）

いろいろな理由で通院困難になったために中止したものが38%と最も多かった。病診連携でかかりつけ医に適切なリウマチ医療を受けているものは少ない。このような不備を補うために4か所にサテライトクリニックを開設しており、それぞれ200～600名の患者が登録されている。これらから年間10～30名の紹介入院があり、よく機能していることが分かったが、遠方の施設もあり、緊急時の対応などの病診連携にまだ問題を残している。

(13) 全国のリウマチ専門医療機関の現状調査とリウマチ医療提供体制の改革案による二次医療圏センター、都道府県センターの検討に関する研究（鹿児島赤十字病院）

1999年度の日本リウマチ学会教育認定施設のアンケート調査を行い、54.1%に当たる157施設（対象患者数は全国の予測患者数のおよそ3分の1に相当）から回答された。大学病院、公的病院、民間病院がそれぞれ3分の1を占めていた。都道府県センターに相当するレベルでは大学、公的病院が多く、二次医療圏センターに相当するものは民間、公的病院が多くを占めた。いずれも紹介患者が半数近くを占めていたが、病診連携を行って治療されている患者は前者では14.4%、後者では7.0%と非常に低い率であった。リウマチに割り当てられた病床数は前者の26.7%、後者の43.3%が25床以下であった。約80%は総合病院であり、約15%は他の病院との連携でリウマチセンターとして機能していたが、改革案で指摘されている施設基準と人員配備の基準を全て満足する施設は皆無であった。在宅医療は前者で31.1%、後者で55.0%が実施していた。センターを目指す施設がない地域も14県、30%存在した。

#### D. 考察

リウマチ医療に限らず、かかりつけ医を中心とする在宅医療の推進は適正医療の供給のみならず、医療経済的側面からも重要課題である。今回の調査で、初発時における初診医療機関として大病院を選択することは少なく、従来と同様に多くの患者が整形外科開業医を訪れていることが判明した。しかし、確定診断を得るまでに平均2か所の施設を受診していることで想像できるように、専門医以外ではリウマチに精通していることが少ない。一方、発症3か月以内に診断され適切な処方治療されれば病勢のコントロールと機能障害の両面での長期予後の優れていることが判明した。早期に抗リウマチ薬を使用すれば、サラゾスルファピリジンのような中等度の効果と考えられているものでも有効率が高く、このような薬剤は比較的廉価でもあるので医療経済的にも有利である。介護保険制度の主治医意見書の記載を入院中の担当医に依頼されることが非常に多い結果かが得られたが、これはリウマチ医療における病診連携は十分に行われていないことを示すものである。また、センター機能を持った施設への紹介率が高いにもかかわらず病診連携率が低いことは、紹介医であるかかりつけ医はリウマチを敬遠し、専門医（むしろ患者がかも知れない）はかかりつけ医を信用していないことを表しているものと想像される。このようなことから遠方の専門施設に多くの患者が殺到し、本当に専門施設での治療が必要な重症患者が治療を中止せざるを得なくなっているのが現状である。リウマチ科が自由標榜科として認可はされたが、学生に対するリウマチ教育は全く不十分であるといっていよい。全ての医師や医療従事者が学生時代にリウマチを認識し、その基礎知識を獲得することと、地域医療を目指すものにリウマチ医療の研修を受ける機会を作ること、そして、第一線のかかりつけ医向けのリウマチの診断と治療のための実用的なガイドラインを作成することが必要であろう。

現時点で、専門施設や専門医が偏在する地域が存在することは否めない。現状で具体的な解決策として、専門医を派遣してリウマチの外来診療を行うサテライトクリニックをあげることができる。本研究で3施設からの報告がなされたが、多くの患者が通

院し、入院を必要とする患者は専門医の母体病院に入院し、高度医療や手術を受けており、大いに活用すべき制度と考えられる。ただし、医師の身分や兼業の問題、患者に緊急入院を要する急変が生じた場合の居住区近隣の病院との連携などに解決すべき問題のあることも判明した。問題の解決は必要であるが、サテライトクリニック方式をリウマチ医療供給体制の中に公式に導入することを提言したい。

原因と治療法を国レベルで究明中であり、しかも国民病というべき多くの患者数のリウマチの治療やケアを効率よく供給するためには、機能的で実現可能な医療供給体制を構築して稼働させる必要がある。このような情勢を見据えて日本リウマチ学会、日本整形外科学会及び日本リウマチ財団の私的検討委員会からリウマチ医療提供体制の改革案が提案されたが、現状のリウマチ医療からはほど遠いといわざるを得ない。今回の研究で明らかになったことは、負の面では、リウマチセンターに患者が殺到していること、専門施設と専門医数が地域により大きくばらついていること、専門施設の外来患者のおよそ半数は病勢がよくコントロールされているもので占められており、大部分が軽症患者の専門施設もあること、診療所や専門外の病院からの紹介率は高いが病診連携率が非常に低く、かかりつけ医でリウマチ医療を担当する希望を持たないものが多いこと、多くの患者は通院そのものに困難を来していること、リハビリは効果的であるがリウマチのための入院リハビリ施設が少ないこと、うつ傾向を示す患者が非常に多いこと、利用すべき介護保険制度を利用していないものもかなりあること、改革案で示された施設基準や人員配備の基準を満足する施設が皆無であること、リウマチセンターの存在しない都道府県が30%にも及ぶことなどである。よい面では、早期に確定診断し抗リウマチ薬の使用を含む治療を開始すれば予後が良好なだけでなく、医療経済的にも有利であること、専門施設や専門医のいない地域で開設するサテライトクリニックは有効に機能すること、リウマチ教育・研修が行き届けばかかりつけ医レベルでリウマチ医療も十分に行え、病診連携も良好であること、介護保険制度の要介護度認定はリウマチ患者でも適性に判定されていること、リウマチ患者に感

度の高いQOL調査票ができたこと、リウマチ患者のうつも抗うつ薬の使用で改善し得ることなどである。これらの正と負の成果を踏まえ、先の改革案をより現実的なものにならなければならない。

## E. 結論

発症早期に確定診断し適切な専門治療を開始することができるかかりつけ医の育成と、リウマチの診断と治療のためのガイドラインの作成が必要である。

保健・医療・福祉連携を含めた病診連携体制を構築し、専門病院は高度専門治療を必要とする患者だけが利用するようにすべきである。

うつに対する治療を含めて、QOLの向上方策を見出すことはADLの向上、医療費の軽減につながるので、リウマチ医療における集学的医療供給体制を構築する上で重要である。

リウマチセンター、ことに二次医療圏センターの整備を国及び都道府県規模で行う必要がある。場合により、センター基準の再検討も行う。

かかりつけ医がリウマチの早期診断と早期からの抗リウマチ薬による治療を行い、派遣専門医がサテライトクリニックで外来診療を補い、保健・医療・福祉連携を含めた病診連携を密にすれば、日本リウマチ学会、日本整形外科学会及び日本リウマチ財団の私的検討委員会から提案されたリウマチ医療提供体制の改革案のシステムは大筋においては稼働可能であることが示された。

## F. 健康危険情報

なし。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- (1) 久保仁志 西林保朗 居村茂明 他：在宅慢性関節リウマチ患者の実態に関する研究ーリウマチ病外来通院を中止した患者の現状調査ー 臨床リウマチ 12:326-341, 2000
- (2) 西林保朗：地域における慢性関節リウマチの医療システム。最新医学(別冊 リウマチ 2000ー慢性関節リウマチ病因・病態解明と治療の最前線ー) :191-205, 2000

### 2. 学会発表

- (1) 西林保朗：リウマチ医療のネットワーク化 地域におけるリウマチ医療システム。厚生省リウマチ調査研究公開シンポジウムーリウマチ研究と治療戦略：21世紀に向けてー 2000年1月(東京)
- (2) 西林保朗：リウマチ医療における集学的医療供給体制の現状評価とその改善に関する研究ーイントロダクションー厚生省厚生科学研究公開シンポジウムーリウマチ性疾患治療戦略の確立に向けてー 2001年1月(東京)
- (3) 行岡正雄：慢性関節リウマチ患者にみられたうつ傾向。同上
- (4) 齋藤輝信：東京都におけるリウマチ医療の現状報告。同上
- (5) 高杉 潔：リウマチ専門病院へのリウマチ患者の通院状況ー通院を中止したリウマチ患者の追跡調査とサテライト・クリニックの現状と問題点。同上
- (6) 村澤 章：新たなリウマチ医療体制構築のための地域リウマチ専門病院の役割と現状。同上
- (7) 松田剛正：全国のリウマチ専門医療機関の現状調査とリウマチ医療提供体制の改革案による二次医療圏リウマチセンター、都道府県センターの検討。同上
- (8) 西林保朗：慢性関節リウマチ(RA)の在宅医療。第73回日本整形外科学会(教育講演) 2000年4月(神戸)
- (9) 西林保朗：地域におけるリウマチ診療システム。第44回日本リウマチ学会(シンポジウム：リウマチ診療体制ー地域・リウマチセンターー) 2000年5月(横浜)
- (10) 近藤正一：リウマチ医療と病診連携(かかりつけ医の立場から) 同上
- (11) 松田剛正：本邦におけるリウマチセンターの現状。同上

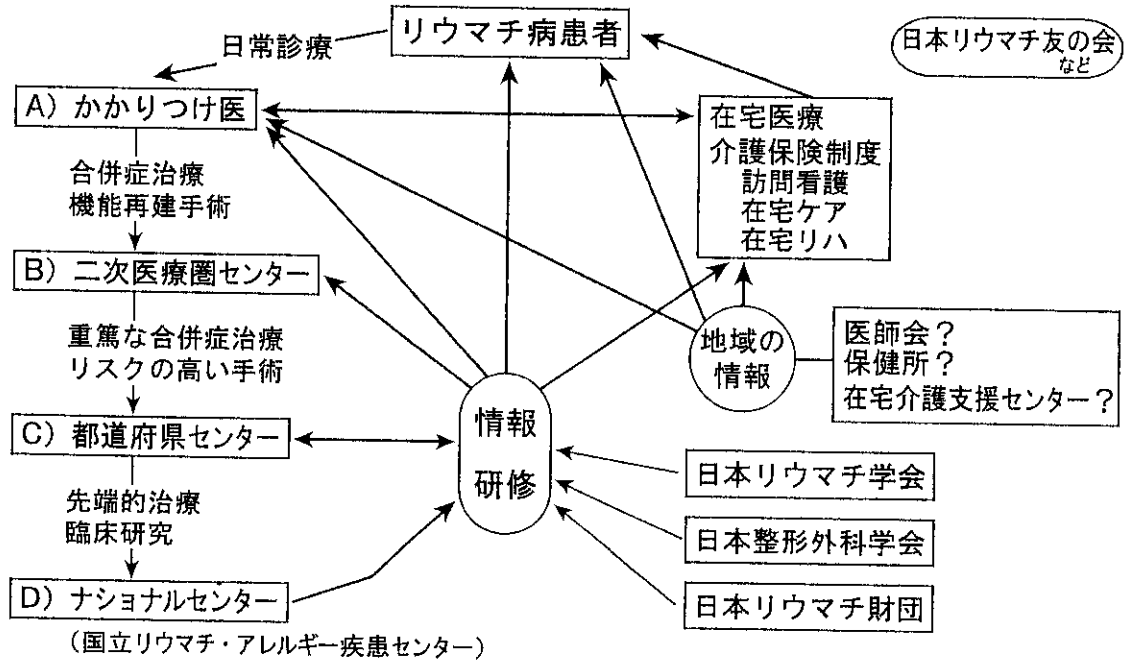
## H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。



(図)

## リウマチ医療提供体制の改革案 (平成10年, 改編)



厚生科学研究費補助金（感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業）  
分担研究報告書

慢性関節リウマチ患者の介護保険の現状と問題点に関する研究

主任研究者 西林保朗  
三木山陽病院副院長  
研究協力者 阿部修治  
財団法人甲南病院加古川病院整形外科部長

**研究要旨** 慢性関節リウマチ患者(RA)にはいろいろな福祉措置が講じられ、昨年より導入された介護保険制度の特定疾病に指定された。しかし、開始されて間もないこの制度の現状と問題点に関してはまだ十分には把握されていない。本研究では現段階でのRA患者の介護保険の問題点を調査、検討した。当院で治療中のRA患者で、当院のリウマチ医が介護保険の主治医意見書を記載した患者を対象とした。当院(医師)へ依頼した理由、要介護度の分布、利用しているサービス、制度上の問題点を調査した。その結果、当院へ主治医意見書を依頼した患者の大多数は当院で入院歴があり、逆に入院歴のない人はあまり介護保険を利用していない傾向があった。認定された要介護度はおおむね、適正であった。利用しているサービスはホームヘルパー、デイサービスが中心であった。この制度の利点および問題点は患者側、主治医側から多数の提言があり、これらを踏まえてこの制度を充実させていかなければならない。

A. 研究目的 慢性関節リウマチ(RA)の疾患のもつ難治性、身体機能障害の進行性を考え、また病院での長期入院が制約されるなか、RA患者の在宅医療の重要度が増している。また、介護保険制度の導入に伴い、RAは40歳以上で利用できる15の特定疾患のひとつに選ばれた。本制度を、RA患者が適切に利用できるようになれば、介助を必要とするRA患者には大きな福音である。しかし、本制度は開始されたばかりであり、RA患者がいかに利用しているか、またRAという疾患の持つ難治性、身体機能障害性という特徴がいかに反映されているかはまだ不詳な点が多く、未解決の問題点も多数あると推察される。今後、RA患者にとってよい方向にこの制度が改正されていくにはこの制度の現状と問題点を調査する必要がある。

本研究の目的は、現時点でのRA患者にとっての介護保険制度の問題点を明確にして、検討する事である。

B. 対象及び方法 平成11年10月から平成12年10月まで、当院で介護保険のための主治医意見書を発行したRA患者を対象とした。この間に当院で治療したRA患者は約2,000人余りであり、このうち当院のリウマチ医が主治医意見書を記載したのは205名であった。

この205名を対象に、当院へ主治医意見書を依頼した理由；どの医師に主治医意見書を依頼してきたか；認定された要介護度の分布；利用しているサービス；患者および家族が考える利点および問題点；主治医意見書記載者（リウマチ医）が考える問題点について調査し、検討した。

(倫理面の配慮)

研究対象者には、RA患者にとっての介護保険制度が充実していくための基礎研究であること；対象者に対する不利益、危険性はまったくないことを説明、理解を得た。

C. 研究結果 介護保険制度を利用するため、主治医意見書を依頼した患者の85%は当院に入院歴のある患者であり、その大部分が当院のリウマチ医をかかりつけ医として認識しているため、入院時に主治医を担当していた医師に主治医意見書を依頼している。一方、当院に通院している患者のうち、どれくらい他院（かかりつけ医など）に主治医意見書を依頼しているかは把握できていない。

要介護認定の分布は要介護度Ⅰが21%、Ⅱが51%、Ⅲが12%、Ⅳが10%、Ⅴは6%であった。要支援（Ⅰ、Ⅱ）の患者はいなかった。

利用しているサービスはホームヘルパー、訪問看護、デイサービス、訪問リハビリテーションの順におおかった。複数のサービスを受けている患者が過半数（57%）を占めた。

患者および家族が考える利点および問題点： 利点としては、介護のプランをたてやすくなった； デイサービスが有効である； デイサービスの入浴介助がよいなど、それぞれの患者の重症度に関連した意見が聞かれた。部分介助レベルの患者および家族にこの制度が良い評価を受けている場合が多かった。一方、問題点としては、介護保険制度が導入されてから期待していたほど本人や家族の負担が軽減していない；負担料金が高い；認定はされたがそのままになっている；サービスの内容に不満がある；ヘルパーが変わるとサービスの内容と質が変わってしまう事が挙げられた。

リウマチ医が考える問題点として、部分介助レベルのRA患者のADL低下が考慮されにくい（人工関節置換術後の患者や上肢の機能障害を有する患者など）；疼痛を伴う障害は介護認定に不利になりやすい。内科的重症度を記載する欄がない；リウマチ性頰部脊髄症が適正に判定されているか；重度のRA患者には主治医とケアマネージャーとの面談があつてよい；再判定までの期間（半年）が短すぎるなどが挙げられた。

D. 考察 RAに対する治療は少しずつ進歩してきているので、寝たきりの状態の患者は少しずつ減少していると推測されるが、依然として大きな問題である。一方、今後は部分介助レベルのRA患者の高齢化も進んでいくと考えられる。RA患者の日常生活の不自由さは年ごとに悪化していく。こういう状況のなか、RA患者にとって介護保険制度が充実したものになることはたいへん重要である。本研究では、開始後ほぼ1年経過する介護保険がRA患者にどのように利用されているかを調査して、その現状と問題点を列挙した。当院がリウマチ医療の中核病院であるため、一般にかかりつけ医が記載する主治医意見書をどのくらい当院が担って

いるか興味あるところであった。調査の結果、大部分のRA患者が当院のリウマチ医をかかりつけ医と認識していた。どれくらい他院で主治医意見書を依頼しているかは未調査であるが、その率は少ないと推測される。また、リウマチの重症度が増すにつれて、介護保険制度を利用する率が高くなっている。このことは、この制度本来の趣旨がある程度反映されていると考えられる。しかし、比較的重度の患者が多い中核病院であるための現象である可能性がある。したがって、主治医意見書依頼先は介護保険制度とリウマチ医療提供体制の両方に関連する問題として今後見守っていく必要がある。

認定された要介護度はリウマチ医からみておおむね適正であると考えられた。

利用しているサービスは、ホームヘルパー、訪問看護、デイサービスが中心であった。部分介助レベルの患者から利用しやすいという声が多かった。重度RA患者からは、認定を受けたにもかかわらずサービスを利用していない例が散見された。現在、その理由を調査中であるが、家族にとって介護保険が期待通りではなかった事や費用の負担が増えた事などがその原因ではないかと推測される。今後、問題点を明確にして対策を講じるべきである。そのために、多施設における現状を把握して問題点をより明確化する事が重要である。

E. 結論 RAのもつ疾患の特徴が介護保険制度に反映されて、RA患者およびその家族が有効にこの制度を利用していけるようにしていく必要がある。

F. 研究発表

1. 論文発表

西林保朗 私論 整形外科医として  
慢性関節リウマチのリハビリテーション  
にどのようにかかわればよいか？  
整形外科 49:774, 1998.

西林保朗 地域における慢性関節リウ  
マチの医療システム  
最新医学 8: 191-204, 2000.

2. 学会発表

阿部修治、西林保朗 他 当院リウマ  
チ病外来に通院中の患者の分析とその展  
望  
第43回 日本リウマチ学会総会  
(平成11年6月3-5日)

G. 知的所有権の取得状況

特許取得、実用登録新案は特になし

厚生科学研究費補助金（感覚器障害及び免疫・アレルギー等研究事業）  
分担研究報告書

慢性関節リウマチの症状、障害の進展予防に関する研究

分担研究者 永野 純 九州大学健康科学センター講師  
研究協力者 守田貴子 九州大学大学院医学系研究科大学院生  
近藤正一 近藤リウマチ・整形外科クリニック院長  
古野純典 九州大学大学院医学研究院教授

**要旨** 慢性関節リウマチ（RA）患者の臨床的障害、日常生活活動（ADL）及び生活の質（QOL）と生活習慣、ストレス等との関連を多面的に検討することを目的として、全国13施設の協力で、約1000人のRA患者の横断的調査を開始した。これに先だって、全国14施設の協力のもと、調査に必要なRA-QOL調査票の信頼性と妥当性を検討した。本調査票は十分な信頼性（内的整合性と再現性）に加えて、内容妥当性、構成概念妥当性、および基準関連妥当性を備えていることが確認された。

#### A. 目的

慢性関節リウマチ（RA）は自己免疫疾患と考えられているが、その病因は明らかでない。RA患者の多くは何らかの身体機能障害を呈し、日常生活活動（ADL）が制限されるが、同時に精神的要素を含めた生活の質（QOL）も損なわれる。本研究の目的は、RAの臨床的障害のみならず、ADLならびにQOLの悪化あるいは改善を規定する要因を多面的に検討することである。

本年度は、まず前年度に開発したADLおよびQOLを評価するための自記式質問票「リウマチQOL調査票（RAQOL）」の信頼性と妥当性を検討した。その上で、全国13施設の協力で、RA患者約1000人を対象とした疫学調査を開始した。

#### B. 方法

##### 1. RAQOLの信頼性と妥当性の検討

全国14施設のRA患者272人（男性34人、女性236人、不明2人、平均年齢56.8歳）を対象に、RAQOL、MHAQおよびWHO-QOL26の各質問票を実施し、併せて臨床指標に関するデータ（罹病年数、病期、機能障害、罹患関節

数、CRP値及び関節外合併症数など）を得た。さらに、回収順の57人から、2～4週間後にRAQOLへの再回答を得た。RAQOLは60の質問項目からなり、3つの下位尺度である自覚的ADL（ADL）、リウマチ特異的QOL（S-QOL）、および非特異的QOL（N-QOL）によって構成されている。内容妥当性については、前年度までに患者との面接調査やRA専門医の評価などを通じて確認されている。3つの下位尺度それぞれについて、①Cronbach  $\alpha$ 係数と再検査信頼性係数を求め、②下位尺度の相互相関ならびにMHAQおよびWHO-QOL26との相関、および③各臨床指標との相関を検討した。

##### 2. 横断的疫学調査

全国13施設のRA患者約1000人を対象に、RAQOL、ストレス調査票（SI）、および生活習慣調査票（LSQ）への回答を求め、併せて臨床的重症度に関するデータ収集を開始した。協力施設は、北見赤十字病院、国立療養所盛岡病院、新潟県立瀬波病院、国立相模原病院、横浜南共済病院、中伊豆温泉病院、国立名古屋病院、行岡病院、加古川病院、三木山陽病院、道後温泉病院、近藤リウマチ・整形外科クリニック、および鹿児島赤十字病院である。

SIは分担研究者らによって開発された自記式質問票で（健康科学 2000;23:41-52）、45項目の質問によって自覚的ストレスや不快な状況に対するコントロール感などを評価する。

LSQは研究協力者らによって開発された質問票で、喫煙、飲酒、運動、睡眠、食物摂取状況、およびライフイベントなどを評価するものである。

なお、いずれの調査においても、調査協力依頼に際して個人情報保護等についての説明を行い、承諾の得られた患者を対象とした。

## C. 結果

### 1. RAQOLの信頼性と妥当性の検討

RAQOLの回答に要した時間は、187人（76%）の人が15分以下であった。

表1に、ADL、S-QOL及びN-QOLの各尺度の信頼性係数を示す。 $\alpha$ 係数は、いずれも0.9以上であり、再検査信頼性係数も0.7から0.9の範囲にあった。

表2に、ADL、S-QOLおよびN-QOLの各尺度相互間の相関、およびこれら尺度とMHAQとWHO-QOL26との相関を示す。ADLとの相関は、S-QOLの方がN-QOLよりも強く、S-QOLとN-QOLとは中等度以上の正相関を示した。ADL、S-QOLおよびN-QOLの各尺度とMHAQとの間には、すべて正の相関があり、相関係数の大きさはADLが最高、N-QOLが最低、S-QOLが中間であった。一方、WHO-QOL26との間にもそれぞれ正の相関があったが、その絶対値はMHAQとは逆に、N-QOLが最高であり、次いでS-QOL、ADLの順であった。

表3に、ADL、S-QOLおよびN-QOLの各尺度の臨床指標（罹病年数、病期、機能障害、罹患関節数、CRP値及び関節外合併症数）との関連を示す。全般的にみて、各臨床指標との相関は、いずれもADLが最も強く、S-QOLがこれに次ぎ、N-QOLの相関は最も弱い傾向がみられた。また、ADLおよびS-QOLと各臨床指標との相関は、いずれも統計的に有意（ $p < 0.05$ ）であった。

### 2. 横断的疫学調査

平成13年3月現在、約800名のRA患者から調査票への回答が得られた。また、臨床データについても各協力施設からの報告が順調に集まりつつある。

## D. 考察

### 1. RAQOLの信頼性と妥当性

ADL、S-QOL及びN-QOLの各尺度について、それぞれ高い $\alpha$ 係数と再検査信頼性係数が得られたことから、これらの尺度は十分な信頼性（内的整合性と再現性）を備えていることが確認された。

ADLがMHAQと強く相関していたことから、ADLはリウマチ特異的な生活活動性を測定するものと考えられる。また、N-QOLよりもS-QOLの方がこのADLとの相関が強かったことも、妥当な結果と言えるであろう。

WHO-QOL26は人のQOLを包括的に反映していると考えられるため、N-QOLがこのWHO-QOLと強く相関していたことから、N-QOLもまた全般的QOLを測定することが示唆される。また、包括的QOLにはRAだけでなく様々な要因が影響すると考えられるため、RAに特異的なS-QOLがN-QOLよりもWHO-QOLとの相関が弱く、ADLがこれよりも更に弱かったことも、これら尺度の意図と矛盾しない。以上のことから、RAQOLの3尺度の構成概念は妥当なものであると考えられた。

ADLとS-QOLがそれぞれRAに関する各臨床指標と有意に相関していたことは、これら2尺度が仮説通りにRAに特異的な概念を測定していることを裏付けている。その反対に、N-QOLとの相関が弱い、有意でなかったことも、N-QOLがRA患者に特異的でないという仮説と矛盾しない。また、臨床指標との相関が、S-QOLの方がADLよりも弱かったことも、前者の方がより主観的要素が影響していることを反映していると考えられ、主観的QOLを測定する、というRAQOLの目的に合致した結果であると言ってよいであろう。したがって、RAQOLは臨床的基準関連妥当性を備えてい

ると考えられた。

## 2. 横断的疫学調査

今年度は、約1000人のRA患者を対象にADL、QOL、ストレス状況、ライフイベント、および生活習慣についての質問票調査、ならびに臨床的重症度関連データの収集を開始した。

この横断的データをもとに臨床的障害、ADL及びQOLと生活習慣、ストレス等との関連を多面的に検討することになる。さらに、これら要因間の因果関係をより明確にするために、対象者を追跡し、2～3年後に再調査を行う必要がある。

## E. 結論

RA患者の臨床的障害、ADLおよびQOLと生活習慣、ストレス等との関連を多面的に検討するための横断的調査を開始した。また、こ

れに先だって、調査に必要なRA-QOL調査票の信頼性と妥当性を検討した。本調査票は十分に信頼でき、内容妥当性、構成概念妥当性、および基準関連妥当性を備えていることが確認された。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

永野 純他：疾病親和的パーソナリティ評価のための自記式質問票開発の試み. 健康科学 23:41-52, 2001.

### 2. 学会発表

守田貴子他：慢性関節リウマチ患者のADLとQOLの関連について. 第1回QOL学会、東京、2000年9月9日.

表1. RAQOLの信頼性

尺度	項目数	クロンバック α係数	再検査信頼性 係数
ADL	16	0.95	0.90
S-QOL	19	0.93	0.80
N-QOL	23	0.92	0.70

表2. RAQOL下位尺度の相互相関/MHAQとWHO-QOLとの相関

RAQOL 下位尺度	RAQOL			MHAQ	WHO-QOL
	ADL	S-QOL	N-QOL		
ADL	—	0.82	0.45	0.92	0.39
S-QOL	0.82	—	0.69	0.80	0.57
N-QOL	0.45	0.69	—	0.49	0.74

表3. RAQOL下位尺度の臨床指標との関連

臨床指標	ADL	S-QOL	N-QOL
罹病年数	0.43	0.23	-0.04
CRP	0.25	0.21	0.07
病期 stage	0.34	0.13	-0.17
機能障害 class	0.37	0.32	0.23
関節外合併症*数	0.36	0.23	0.08
罹患関節数	0.48	0.45	0.15

\*心/心臓、肺/胸膜、眼、神経、貧血、および血管合併症

厚生科学研究費補助金（感覚器障害および免疫・アレルギー等研究事業）  
分担研究報告書

北海道オホーツク地区におけるリウマチ外来治療の現状に関する研究

分担研究者 種市 幸二 総合病院北見赤十字病院第一内科部長

研究要旨 地域におけるリウマチ外来医療の実態を分析し、DMARDによる積極的治療がリウマチ医療の費用の軽減と効果の改善をもたらすかを検討した。DMARD有で医療費が高かったが、DMARDの有無で病状に差異を認めなかった。また、各DMARDにおける医療費は併用例が最も高く、GST例が最も低かったが、病状は併用例とGST例において差がなかった。現時点のDMARD治療において医療費に見合った効果を上げるは難しいと考えられたが、医療費に見合った効果をあげるにはDMARDによる早期治療が重要であることが示唆された。

A. 研究目的

慢性関節リウマチ(RA)の治療のゴールは長期にわたって滑膜炎を抑制し、関節の骨破壊を防ぎ、結果として生じる関節の変形、身体的機能障害を起させないことである。昨年度、我々は本研究において前向き調査により早期より積極的にSASPやSH化合物などのDMARDを使用し、有効率や寛解率を高めることが骨病変の進行および身体的機能障害の防止をすることを報告した。

本年度は北海道オホーツク地区におけるリウマチ外来医療の実態を詳細に分析し、DMARDによる積極的治療がリウマチ医療の費用の軽減と効果の改善をもたらすかを検討した。

B. 研究方法

2000年10月16日から同年11月15日までの間に通院したRA患者を対象としてアンケート調査を実施した。調査項目は仕事の有無、受診理由、交通手段、交通費、通院時間、通院時の介護の有無、待ち時間、1ヶ月の医療費、医療費に対する公的扶助の有無、身体障害者手帳の有無、介護保険申請の有無、リウマチの病状などである。また、1年以上通院しているRA患者について年齢、性別、住所、り病期間、ステージ、クラス、コントロールの状態、DMARDの有無、種類および既使用数、MTXの有無、手術歴の有無を診療録より調査した。さらに、ステージやり病期間におけるアンケート調査の差異と

DMARDの有無、各DMARDやコントロールの状態における医療費や病状の差異を比較検討した。

(倫理面への配慮)

本研究の趣旨を当院通院中のRA患者に文章にてインフォームドコンセントし、同意を得てからアンケート調査を実施した。また、アンケート調査は統計的処理にのみ使用することも明記した。

C. 研究結果

患者背景：RA患者548名を対象にした。年齢は59.6歳、男女比は1：4.6、ステージ2.4、クラス1.4、り病期間10.2年、DMARD有は86%（AC23例、Au18例、Bu99例、D-p27例、GST34例、MTX119例、SASP51例、併用77例—その中でMTXとの併用44例、その他21例）、MTX有は40%、DMARDの初回投与は33%、手術歴は10%、コントロール良好は81%であった。通院状況は仕事有37%で会社員21%農業17%労働者12%、受診理由は専門病院26%前医の紹介24%知人・友人の紹介15%良いとの噂14%、交通手段は自家用車64%バス14%自動車9%、交通費は500円未満22%500—1000円13%1001—3000円22%、通院時間は30分未満42%30分—1時間31%1—2時間19%、通院時の介護有は21%で付き添い人は配偶者52%子供25%嫁8%友人4%兄弟3%ヘルパー2%、待ち時間良い66%、



1ヶ月の医療費は0円10%1000円未満21%  
 1001-3000円14%3001-5000円9%5001  
 -10000円34%10001円以上11%であった。  
 公的扶助有は25%で特定疾患57%重度  
 障害28%、身体障害者手帳有は17%、介  
 護保険申請有は8%で申請予定有3.4%、  
 リウマチの病状は非常に良い7%良い22%  
 普通53%悪い17%非常に悪い1%であった。  
 ステージ別・り病期間におけるアンケート  
 調査：ステージ・り病期間の増加に伴  
 い病状が悪く、仕事が少なくなり、通院  
 時の介護を必要とし、介護保険の申請、  
 身体障害者手帳や公的扶助の取得が多く  
 なったが、医療費は減少した。DMARDの  
 有無による医療費：有は0円9%1000円未  
 満19%1001-3000円14%3001-5000円9%  
 5001-10000円36%10001円以上13%、無  
 は0円14%1000円未満36%1001-3000円17  
 %3001-5000円9%5001-10000円22%  
 10001円以上3%であった。5001円以上  
 はDMARD有49%vs無25%DMARD有が医  
 療費が高かった。DMARDの有無による病  
 状：有無で差異はなかった。各DMARDに  
 よる医療費：5001-10000円はAC52%Au  
 44%Bu32%D-p48%GST18%MTX42%SASP  
 43%併用32%その他10%、10001円以上AC  
 17%Au17%Bu8%D-p7%GST3%MTX13%  
 SASP2%併用31%その他5%であった。5001  
 円以上GST21%と最も少なかった。10001円  
 以上は併用31%と最も多かった。各DMARD  
 の有無による病状：悪いはAC4%Au11%Bu  
 15%D-p22%GST30%MTX20%SASP8%併用  
 23%その他14%でGSTが多かった。良い・  
 非常に良いはAC35%Au39%Bu24%D-p19%  
 GST27%MTX26%SASP51%併用20%その他  
 34%はSASPが多く、D-pと併用が少なか  
 った。コントロールの状態による医療費：良  
 い悪いにおいて差異はなかった。

#### D. 考察

当院にはコントロール良好81%、通  
 院時に介護有21%、身体障害者手帳有  
 17%、手術歴10%と比較的軽症のRA患  
 者が通院している。DMARD有86%、  
 MTX有40%と積極的な治療がなされて  
 いることもコントロール良好の一つの  
 要因と思われる。介護保険申請は8%、  
 通院時の介護者としてのヘルパー利用  
 は2%ときわめて少なく、介護保険制度  
 の浸透はまだ不十分と考えられた。  
 ステージが進行し、り病期間が長くな

るにしたがい社会的ハンデキャップを持  
 つことが示され、積極的に早期に

DMARD投与し、骨病変の破壊を抑制す  
 ること必要である。DMARDの有無によ  
 る医療費の検討において5001円以上で  
 DMARD有49%VS無25%とDMARD有で  
 医療費が高かったが、DMARD有無で病  
 状に差異を認めなかった。しかし、この  
 結果がRA治療においてDMARDが医療費  
 を上げていることとは結びつかないと考  
 えられる。つまり、DMARDは活動性の  
 強いRA患者に投与されており、DMARD  
 無と病状に差異を認めなかったことは  
 DMARD有用性を示しているものと思わ  
 れる。次に、各DMARDの医療費の検討  
 において5001円以上Bu32%GST18%MTX  
 42%SASP43%併用32%10001円以上Bu8%  
 GST3%MTX13%SASP2%併用31%より  
 GST<<Bu<SASP<MTX<<併用の順  
 に医療費が低かった。一方、各DMARD  
 による病状が良い・非常に良いはBu24%  
 GST27%MTX26%SASP51%併用20%で  
 SASP以外は同様の病状であった。SASP  
 は早期のRAが多く含まれており、比較  
 検討はできないが、Bu、GST、MTX、  
 併用は性、年齢、ステージ、クラス、  
 り病期間がほぼ同じであり、比較検討可  
 能である。最も医療費の低いGSTはBu、  
 MTX、併用と同じ効果と考えられる。し  
 たがって、現時点のDMARD治療におい  
 ては医療費に見合った効果あげるのは難  
 しいと考えられた。しかし、本検討にお  
 いてSASP投与例は早期RAが多く含まれ  
 ており、医療費はBu、MTXと同じである  
 が、病状が良いが51%ときわめて高く、  
 早期にDMARDを積極的に投与すること  
 がDMARDによるRA治療の費用の軽減と  
 効果の改善をもたらすことを示している  
 と考えられた。

#### E. 結論

医療費に見合った効果をあげるには  
 DMARDによる早期治療と生物製剤を  
 含む新しい治療法の確立が期待され  
 る。

厚生科学研究費補助金（感覚器障害及び免疫・アレルギー疾患研究事業：免疫・アレルギー部門）分担研究報告書

盛岡地区のリウマチ医療の分析、介護保険の状況

分担研究者 力丸 暁 国立療養所盛岡病院長

研究要旨 適正なりウマチ医療及びケアのシステムを構築するために国立療養所盛岡病院外来の状況をふまえ、盛岡市を中心とした岩手県  
の状況につき調査分析を行った。当院のリウマチ・センター外来通院  
患者の調査では「外来通院が困難である」とした者が28.6%あり、平  
均通院時間も全体平均を上回っている。身体障害者手帳を有する者も  
あるが、身体的な条件よりは通院時間が要因となっている。しかし、  
かかりつけ医を持っている者は8.9%にとどまっており、病診連携で  
の問題解決には努力が必要である。さらに効率よく専門的な医療を提  
供するために、サテライト診療が一つの方策として考えられ、実際  
良好に機能している結果が得られている。また平成12年4月から始  
まった介護保険についても調査を行ったが、リウマチの患者にとって  
有用であると思われる結果が得られた。

A. 研究目的

リウマチを専門とする医師、専門医療機関が少ないこの地方で、リウマチ医療を効果的に行うためのシステムを構築するために、現状を把握するための調査研究を行った。また平成12年4月から実施されている介護保険がリウマチ患者にとって有用な制度であるか検証する目的の調査も合わせ行った。

につき、通院の困難性、通院手段、片道の通院所要時間、身体障害者手帳の有無、かかりつけ医の有無などにつき調査した。

2. 三陸地方の中心である宮古市にある、県立宮古病院にもうけたリウマチ外来がどのように機能しているか調査した。

3. 平成12年11月末日までに当院で発行した介護保険主治医意見書に基づき介護保険の利用状況を調査し、リウマチ患者にとって有用か検証した。

B. 研究方法

1. 国立療養所盛岡病院リウマチセンター外来通院患者のうち聞き取り調査に応じてくれた112名

C. 研究結果

1. 国立療養所盛岡病院外来通院中の患者の調査結果  
外来通院患者のうち聞き取り調査に応

じてくれた 112 名（女 93 名、男 19 名）を対象にこの調査を行った。平均年齢 59.1 歳（28～92 歳）である。通院の方法は表 1 の如くで、「自家用車を運転して」と「自家用車に乗せられて」を合わせると 76 名となり、全体の 68.9% になり、最も多い交通手段となっている。ついで鉄道やバスなどの公共交通機関を利用する者 26 名（23.2%）、タクシー利用 5 名（4.5%）、徒歩または自転車 4 名（3.6%）となっている。

通院手段	人数（名）	平均所要時間（分）
自家用車を運転して	42 (37.5%)	45.1
自家用車に乗せられて	34 (30.4%)	51.7
公共交通機関を利用	26 (23.2%)	67.3
タクシーを利用して	5 (4.5%)	15.6
徒歩または自転車	4 (3.6%)	20
その他	1 (0.9%)	15
合計	112	51.7（全体の平均所要時間）

表 1. 通院手段と片道所要時間

当院外来への片道通院所要時間は全体では平均 51.7 分となっている。通院手段に分けて所要時間を比較すると、タクシー利用、徒歩、自転車では平均 20 分以内であるが、自家用車による通院は平均 50 分程度になっている。公共の交通機関を利用する通院が最も平均所要時間が長く、平均片道所要

時間は 70 分弱となっている。

これらの患者のうち当院への通院が困難だと感じている者は 32 名（28.6%）で、自家用車で通院する群。公共交通機関で通院する群ではいずれも通院に要する時間が平均で 70 分以上となっており、特に「自家用車に乗せられて」群では所要時間平均 81.8 分と最も時間がかかっている。この中には 240 分かかって来院する者もある。身体障害者手帳を有する者は 8 名（25%）で、全体の所有者 21 名（18.9%）に比べると高い率となっている。当院以外にかかりつけ医があるとしたものは全体では 40 名（35.7%）で、通院に困難を感じる群では 10 名（31.3%）で大きな差は見られなかった。

## 2. 岩手県におけるリウマチ医療の状況とサテライトの試み

平成 12 年 10 月現在の岩手県の人口は 1,416,180 人で、リウマチ有病率 9.44% からリウマチ患者数を推計してみると 6,231 人となる。このうち盛岡市には 1,271 人の患者がいることになる。これは全県下の患者の 20.2% に当たる。

ところでリウマチ財団登録医をリウマチ専門医と考えてその分布を見てみると岩手県には合計 32 名の専門医がおり、リウマチ科を標榜している医療施設は 24 ある。このうち 12 施設は公

的、あるいは私的病院であり、残る 20 が個人診療所である。専門医のうち 19 名 (59.4%) は盛岡市内の 11 施設に集中している。

岩手県は地形的に盛岡市を中心とした内陸地区と三陸沿岸地区に分かれている。東北新幹線、東北自動車道で盛岡市とつながっている内陸地区には 9 名 (28.1%) の専門医がいるのに対して三陸沿岸地区には 4 名 (12.5%) の専門医がいるにすぎない。岩手県内には 22 の県立病院があり、地域医療の中心となっているが、これらの県立病院には 4 名の専門医しか居ない。盛岡市を除いてはリウマチ医療に従事している医師が不足していることは否めない。病診連携、病病連携でもってこの不足をカバーするといってもお互いに理解と合意があり、利害が一致しないと実現は困難である。

昨年度はその打開策として人口 63,565 人 (推計リウマチ患者 280 名) の一関市にある国立療養所岩手病院にリウマチ外来を作り、当院からリウマチ専門医を派遣して当院のサテライトとして診療を行い 60 名の患者登録があったが、病院の事情で中断したため患者数の伸びが期待できなくなったことは残念である。本年度はそれに代わって三陸沿岸地区の中心、宮古市にある県立病院の整形外科にリウマチ専門医を派遣してリウマチ外来を担当し

てもらった。宮古市は人口 54,683 人で、推計リウマチ患者数は 241 人である。

この病院は整形外科に由来からリウマチ患者が受診していたこともあり平成 13 年 3 月現在の登録患者数は 240 名となっている。そのうち 69% が宮古市内からの患者で、残りは三陸沿岸沿いの近隣の市町村からの受診である。

### 3. リウマチ患者の介護保険利用状況

平成 12 年 4 月 1 日より介護保険がスタートしたが平成 12 年 11 月末までに当院で発行した介護保険の主治医意見書は全部で 83 通あり、そのうちリウマチ患者に発行したものは 17 通

(20.5%) である。今回これらの患者につき、面接あるいは電話での聞き取り調査を行い、判定内容、利用状況、要する費用などにつき検討した。

対象とした患者は女 16 名、男 1 名で、平均年齢 65.8 歳 (44~88 歳)。平均罹病期間 17 年 (1~45 年) である。介護保険では痴呆症の有無が判定を大きく左右するが、対象患者の中には痴呆症の症状を示した者はなかった。主治医意見書の判定では正常 1 名、J1 : なし、J2 : 5 名、A1 : 1 名、A2 : 5 名、B1 : なし B2 : 2 名、C1 : 1 名、C2 : 1 名となっている。介護認定は要支援 : 1 名、要介護 1 : 3 名、要介護 2 : 4 名、要介護 3 : 1 名、要介護 4 : 3 名、要介護 5 : 3 名。不明 : 2 名となっている。主治医意見書で寝たきりと判定される